

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – INSCRIPTION ETUDIANTS

Année scolaire 2023-2024

La saisie des champs encadrés en rouge est obligatoire

NOM ET PRÉNOMS DE L'ÉTUDIANT

Demi-pensionnaire

Interne
(selon disponibilités)

FORMATION :

L'étudiant sera apprenti : cocher si oui

1^{ère} ANNÉE BTS

Mise à Niveau hôtellerie/restauration

BTS Management en hôtellerie/restauration

Date : le

Signature de l'étudiant

Signature du responsable légal :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT ET SA SCOLARITÉ

IDENTITE DE L'ÉTUDIANT

NOM _____	Prénoms _____	SEXE	F	M
Date de naissance _____	Nationalité (Pays) _____			
Commune de naissance _____	Département _____			
Adresse du domicile de l'élève _____				

Tél mobile _____				
Mail _____				

SCOLARITE DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE de septembre 2022 à juin 2023 (obligatoire)




Nom et adresse de l'établissement fréquenté en 2022/2023			

Classe _____			
Aménagement de la scolarité :		OUI	NON
<u>Fournir les documents</u> (PAP/PAI/PPS)			
Présence AVS :		OUI	NON
<p style="text-align: right;"><u>Ces éléments sont importants pour l'aménagement de la scolarité et pour la demande d'aménagement des épreuves d'examen en 2ème année.</u></p>			

LV 1	ANGLAIS	LV 2	ESPAGNOL		
Toutes les formations		Toutes les formations			




RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE QUI PAIE LES FRAIS DE SCOLARITE




NOM _____	PRÉNOMS _____
LIEN DE PARENTÉ _____	
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	COMMUNE _____
 Domicile _____	 Travail _____
 Portable _____	@ Mail _____
Situation Emploi _____	Profession _____
Nombre d'enfants à charge en collège et lycée public	<input type="text"/>
Nombre total d'enfants à charge	<input type="text"/>
Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ?	
OUI	NON

RESPONSABLE LÉGAL 2

Cliquer si l'adresse est identique à celle du responsable 1

NOM _____	PRÉNOMS _____
LIEN DE PARENTÉ _____	
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	COMMUNE _____
 Domicile _____	 Travail _____
 Portable _____	@ Mail _____
Situation Emploi _____	Profession _____
Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ?	
OUI	NON

PERSONNE A CONTACTER CORRESPONDANT OBLIGATOIRE POUR LES ÉLÈVES INTERNES

NOM _____	PRÉNOMS _____
ADRESSE _____	
CODE POSTAL _____	COMMUNE _____
 Domicile _____	 Travail _____
 Portable _____	@ Mail _____

1) LISTE DES PIÈCES OBLIGATOIRES TOUTES SECTIONS

2 photos récentes (Nom, Prénom de l'élève au dos)

Fiche d'urgence Infirmierie

Photocopie pièce d'identité

Certificat de fin de scolarité

Bulletins de notes de terminales

Fiches Financières

joindre **obligatoirement** un RIB

Le RIB ne servira pas à effectuer des prélèvements automatiques (sauf si vous le demandez).

Il est indispensable pour payer des trop perçus, des remboursements ou des bourses.

2) **FRAIS OBLIGATOIRES A REMETTRE LORS DE L'INSCRIPTION**

Participation frais de scolarité :

50 € par par carte bancaire, éventuellement chèque, à l'ordre de l'Agent Comptable du lycée Biarritz Atlantique

Tenue Ecole obligatoire : Environ 250 € (bon de commande dans ce dossier)

Tenue Professionnelle : en fonction de la formation (bon de commande dans ce dossier)

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS*

Nom:.....Prénom:.....
Classe : Date de naissance..... Interne /Demi-pensionnaire.

N° de téléphone de l'élève: mail :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal

.....
.....
.....

N° de téléphone du père

N° de téléphone de la mère :

Adresses mail :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le **mieux** adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.** Il est obligatoire pour les élèves internes d'avoir un correspondant local

► Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** (DTPolio)

.....

► Concernant **la Santé de votre enfant** avez-vous des éléments à nous communiquer ?
(allergies, prise de médicaments, asthme, diabète, spasmophilie...) :

.....
.....
.....

NB : Médicaments et Internat : toute prise de médicament à l'internat est conditionnée par la présentation d'une ordonnance et l'accord de l'Infirmière (cf règlement de l'Internat)

► Votre enfant bénéficie-t-il d' : un PAP ? un dossier MDPH ?
(joindre le PAP ou le dernier Gévasco)

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

NOM : Prénom :

Classe : MAN Apprentissage
BTS MHR

REGIME POUR 2023/2024

DEMI-PENSIONNAIRE INTERNE

MODE DE REGLEMENT

A RECEPTION DE LA FACTURE TRIMESTRIELLE
(par chèque, espèces, virement, CB ou télépaiement)

PRELEVEMENT MENSUEL
Mandat de prélèvement SEPA à compléter manuellement

RESPONSABLE FINANCIER

Personne qui paie les frais scolaires, **une seule personne** peut être responsable financier.

Civilité NOM : Prénom :

Date : Signature :

S'il s'agit de l'élève lui-même, les parents doivent obligatoirement compléter et signer l'engagement de caution solidaire :

Nous soussignés,

père, mère, tuteur de l'étudiant, nous engageons à payer solidairement tous les frais relatifs à la scolarisation de notre enfant qu'ils soient décidés par le Conseil d'Administration de l'établissement ou consécutifs à son inscription en demi-pension ou à l'internat.

Fait à Le

Signatures précédées de la mention "BON POUR CAUTION SOLIDAIRE"

Le père

La mère

Le tuteur

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Créance Demi-Pension/Internat/Autres.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGENT COMPTABLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AGENT COMPTABLE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 84 ESD 673618

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : AGENT COMPTABLE

Adresse : 2, rue Francis Jammes

B.P. 167

Code postal : 64204

Ville : BIARRITZ CEDEX

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

--	--	--	--	--	--	--

				()
--	--	--	--	---	--	--	---

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE de votre compte courant (au format IBAN BIC)**Rappel :**

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par AGENT COMPTABLE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec AGENT COMPTABLE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.